

*Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 7-8
Luglio-Agosto 2006*

Gravidanza intrauterina dopo ablazione endometriale: case-report e review della letteratura

G. RAIMONDO², A. RONGA², S. CIPULLO¹, S. GIOVE

RIASSUNTO: Gravidanza intrauterina dopo ablazione endometriale: case-report e review della letteratura.

G. RAIMONDO, A. RONGA, S. CIPULLO, S. GIOVE

Attualmente l'ablazione endometriale è un tecnica ben standardizzata, volta ad evitare l'isterectomia dopo il fallimento della terapia medica. Dati recenti hanno mostrato che la morbilità, la mortalità ed i costi di questa procedura sono decisamente inferiori a quelli espressi dall'isterectomia. Sebbene dopo l'ablazione endometriale la gravidanza sia un raro evento, in letteratura sono stati descritti casi del genere dopo questo intervento eseguito con varie procedure. È considerata inusuale una gravidanza a termine senza problemi materno-fetali ed i risultati delle gravidanze sono spesso caratterizzati da aborto nel I trimestre e quando, in rari casi, la gestazione volge al termine vi sono complicanze sia ostetriche (placenta previa, placenta accreta, emorragie del post-partum) che fetali (difetti di crescita). In questo lavoro è riportato un caso di gravidanza insorta dopo ablazione endometriale eseguita per via resectoscopica.

SUMMARY: Intrauterine pregnancy following endometrial ablation: case-report and review of the literature.

G. RAIMONDO, A. RONGA, S. CIPULLO, S. GIOVE

Actually, the endometrial ablation is a well standardized technique in order to avoid hysterectomy as surgical treatment of the menorrhagia after failure of medical therapy (1,2). Recent data have shown that the morbidity, the mortality and the costs of this procedure are decidedly inferior to those expressed from the hysterectomy that vary between 85-95% with an acceptability and compliance very high (3-6). Although after the endometrial ablation the onset of a pregnancy is a rare event, in literature many of these insurgent events have been brought after endometrial ablation or reduction and with different types of procedures. The result of the pregnancy is often burdened by a high rate of abortions in the first quarter and when it reaches its term a consistent percentage of complications both obstetric (placenta previa, placental accretism, post-partum haemorrhages) and foetal (delays of growth) are recorded. It is considered unusual the pregnancy carried to term without any maternal-foetal problem (7). In the present paper will be reported a case of intrauterine pregnancy followed to endometrial ablation.

KEY WORDS: Ablazione endometriale - Gravidanza.
Endometrial ablation - Pregnancy.

Introduzione

L'ablazione endometriale è una tecnica oramai ben accettata ed alternativa all'isterectomia nel trattamento della menorragia dopo il fallimento della terapia medica (1, 2).

Recenti review hanno dimostrato come la morbilità, la mortalità ed i costi di questa procedura siano decisamente inferiori a quelli espressi dall'isterectomia a

fronte di risultati che, a seconda di varie statistiche, registrano un successo variabile tra l'85 ed il 95%, ed un'acceptabilità da parte delle pazienti decisamente molto alta (3, 4, 5, 6).

Sebbene dopo l'ablazione endometriale sia evento difficile l'insorgenza di una gravidanza, in letteratura sono stati riportati molti di questi eventi verificatisi dopo ablazione o riduzione endometriale e con diversi tipi di procedure.

L'esito della gravidanza è spesso gravato da un alto tasso di aborti nel primo trimestre e quando essa giunge a termine si registra una consistente percentuale di complicanze sia ostetriche (placenta previa, vari gradi di accretismo placentare, emorragie del post-partum) che fetali (ritardi di crescita). È da considerarsi singolare la gestazione giunta a termine senza alcun problema materno-fetale (7).

Unità Operativa Complessa di Ginecologia ASL SA/1
(Direttore: S. Giove)

Azienda Autonoma S. Sebastiano Caserta
¹Unità Operativa Complessa di Ginecologia
Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione
(Direttore: G. Grillo)

²Unità Operativa Dipartimentale di Isteroscopia - ASL SA/1
(Responsabile: G. Raimondo)

Case-report

Il case-report da noi descritto si riferisce ad una paziente di 37 anni sottoposta a riduzione endometriale per grave metrorragia recidivante, giunta alla nostra osservazione con grave anemia e condizioni psico-fisiche decisamente scadenti. Sebbene il nostro protocollo di arruolamento per tale procedura preveda – quale limite minimo – un'età non inferiore al 40° anno, considerato nel caso specifico il fallimento della terapia medica e la concreta possibilità di un intervento demolitore (isterectomia), d'accordo con il ginecologo curante e dopo aver illustrato alla paziente i limiti ed i benefici della riduzione endometriale, fu proposta questa procedura.

La paziente, il para, previa preparazione con analoghi del GN-RH (da noi per questo intervento sempre suggerita) (8), fu sottoposta nel marzo 2004 a riduzione endometriale per via isteroscopica.

La tecnica da noi seguita prevede la resezione con ansa piatta della mucosa del fondo e dei recessi tubarici e successivamente delle pareti uterine con loop a 90°: viene lasciato sempre un colletto istmico endometriale di circa 1 cm ed utilizzata solo corrente da taglio puro con potenza di 80W.

Il controllo ginecologico ed ecografico eseguiti 7 giorni dopo l'intervento e l'I.S.C. post-ablazione dopo due mesi, furono giudicati soddisfacenti al pari degli esami emato-chimici.

Dopo lo stesso intervallo di tempo la paziente riprese il proprio flusso mestruale in maniera ritenuta accettabile dalla stessa e vi fu un regolare e pieno recupero dell'attività lavorativa.

Dopo 7 mesi dall'intervento, ad ottobre 2004, la stessa consultò il proprio ginecologo per amenorrea: in seguito all'esame ecografico eseguito dopo visita ginecologica fu fatta diagnosi di gravidanza intrauterina alla 6ª settimana.

Dal momento che questa situazione comporta un alto tasso di aborti e complicanze, si informò subito la gestante e fu stabilito di monitorare la gravidanza con dosaggi seriati di β -HCG e controlli ecografici. L'evidenza ecografica di una crescita anomala della camera gestazionale ed uno scarso incremento della β -HCG, consentivano alla fine la diagnosi di aborto interno (Tab. 1).

Eseguita una revisione della cavità uterina, la paziente

TABELLA 1 - DOSAGGIO DELLA β -HCG E BIOMETRIA DELLA CAMERA GESTAZIONALE.

Data	β -HCG	US (\varnothing della camera gestazionale)
24/09	306	
02/10	6.972,28	7 mm
12/10	7.592,54	12 mm

TABELLA 2 - INCIDENZA DELLA GRAVIDANZA NELLE VARIE CASISTICHE.

Autori	Gravidanze/ablazioni	%
Hill	1/350	0,3
Magos	1/234	0,4
Mc Lucas	1/375	0,3
Whitelaw	26/2585	1,0
Raimondo (caso presentato)	1/190	0,5

veniva dimessa dopo poche ore senza problemi particolari. Il puerperio post-abortivo è stato fisiologico.

Al momento attuale non abbiamo ancora notizie circa la ripresa e le caratteristiche del flusso mestruale.

Discussione

Sin dall'introduzione dell'ablazione endometriale - nel 1981 - (9), la gravidanza postablazione è stata considerata una possibile complicanza, con bassa incidenza ed a prescindere dalla tecnica impiegata (10).

Infatti dopo iniziali descrizioni di casi verificatisi solo dopo ablazione endometriale con Laser o Rollerball, (Mongelli, nel 1991 ha riportato il primo, relativo ad una paziente di 39 anni che concepì dopo 18 mesi dall'intervento e abortì alla 12ª settimana (11), Hamou, che ha modificato questa tecnica differenziandola da quella classica perché lascia "in situ" un colletto istmico di qualche centimetro ("partial resection") ha poi descritto gravidanze (interrottesi nel primo trimestre) anche conseguenti all'ablazione endometriale resettoscopica (12).

Nella Tabella 2 sono riportate le percentuali di tale complicanza in alcune casistiche.

Non è ancora ben chiaro cosa si verifichi nell'utero dopo l'ablazione o riduzione dell'endometrio ma è ipotizzabile che le "nuove" condizioni della mucosa possano essere alla base del difetto di crescita del feto (per turbe della vascolarizzazione?) o che la morfologia per lo più tubulare (quindi più ristretta) acquisita dalla cavità uterina possa essere responsabile di patologie come il distacco di placenta o la placenta previa od ancora come la scarsa "resistenza" offerta dall'endometrio all'invasione del trofoblasto possa essere causa di vari gradi di accretismo placentare (placenta percreta o accreta) (13).

Una veramente solida esperienza da parte dell'isteroscopista non può escludere la possibilità di questa complicanza, anche se sembra essere più frequente nelle mani di chirurghi poco esperti.

Un altro aspetto, a nostro avviso, è poi da sottolineare in questa poco prevedibile situazione: il possi-

bile conseguente risvolto medico legale.

Infatti, di solito la paziente che si sottopone a questa procedura considera oramai chiuso il proprio programma procreativo e quindi per l'inattesa gravidanza e/o per le complicanze che da essa ne conseguono, potrebbe rivalersi sul Medico; per questo motivo non ci sembra per niente superfluo che in sede di consenso informato all'ablazione venga ben evidenziata la (seppur remota) possibilità di una gravidanza, le caratteristiche del suo decorso (che è quasi mai fisiologico) e le complicanze.

In effetti l'evenienza di una gravidanza potrebbe essere prevenuta se fosse possibile eseguire, contestualmente all'ablazione per via isteroscopica, la sterilizzazione tubarica; ma al momento, a causa dei costi elevati di alcune tecniche eseguibili per via isteroscopica e soprattutto per una legislazione italiana non sufficientemente chiara in materia ne viene ad essere preclusa la realizzazione.

Va ancora chiarito che, anche se durante l'esecuzione

ne delle varie procedure gli stessi osti tubarici vengono inevitabilmente danneggiati (dalle anse, dal rollerball, dal Laser, dalle tecniche a ballon) ipotizzandone così la chiusura, queste metodiche assolutamente non possono e non devono essere considerate come tecniche tali da garantire la sterilizzazione tubarica (come dimostra il case-report da noi riportato) e, a conforto di ciò, uno studio eseguito impiegando la HSG per valutare la pervietà tubarica post-ablazione e sterilizzazione degli osti con ND:Y Laser, ha dimostrato che dopo la procedura il 25% rimanevano pervi (14).

In conclusione la gravidanza post-ablazione è sempre da ipotizzare allorché una paziente presenti amenorrea dopo un periodo di flussi regolari, anche se l'incidenza di questo evento è abbastanza rara. Non esiste ad oggi, per i motivi descritti, un metodo valido per prevenirla ed al momento una chiara informazione pre-operatoria circa questo aspetto sembra essere l'unica "arma" attualmente a disposizione del Medico per i possibili risvolti medico legali.

Bibliografia

1. LETHABY A., HICKEY M.: *Endometrial destruction techniques for heavy menstrual bleeding* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD001, 2004.
2. RAVI B., SCHIAVELLO H., CHANDRA P., TAKESHIGE T.: *Safety and efficacy of hysteroscopic endomyometrial resection-ablation for menorrhagia*. J. Reprod Med. Aug., 46 (8), 717, 23, 2001.
3. DICKER R.C., GREENSPAN J.R.: *Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States*. Am J Obstet Gynaecol, 144, 841-8, 1982.
4. CHACKO N., SESHADRI L., NINAN S.: *Transcervical endometrial resection when hysterectomy is dangerous*. Nat Med J India, 8 (2), 63-4, 1995.
5. SCULPHER M.J., BRYAN S., DWYER N., HALTON J., STIRRAT G.M.: *An economic evaluation of transcervical endometrial resection versus abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagia*. Br J Obstet Gynaecol, 100, 244-52, 1993.
6. SCULPHER M.J.: *Randomised trial comparing hysterectomy and transcervical endometrial resection: effect on health related quality of life and costs two after surgery*. Br J Obstet Gynaecol, 103, 142-9, 1996.
7. EDWARDS M.B., TIPPET C., LAWRENCE M., TSALTAS J.: *Pregnancy outcome following endometrial ablation*. Gynaecological Endoscopy: Volume 5 Issue 6 Page 249 – December 1996.
8. SOWTER M.C., LETHABY A., SINGLA A.A.: *Pre-operative endometrial thinning agents before endometrial destruction for heavy menstrual bleeding* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd. CD001124, 2004.
9. GOLDRATH M.H. e Coll.: *Laserphotovaporisation of the endometrial for the treatment of menorrhagia*. Am J Obst Gynaecol., 140, 14-19, 1981.
10. MAGOS A.L. et al.: *Experience with the first 250 endometrial resection for menorrhagia*. Lancet, 337, 1074-8, 1991.
11. MONGELI J.M.: *Pregnancy after transcervical endometrial resection*. Lancet, 338, 578-579, 1991.
12. HAMOU J.: *Hysteroscopy and Microhysteroscopy*. Text and Atlas. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1991.
13. Mc LUCAS B.: *Pregnancy after endometrial ablation: a case report*. J. Reprod Med., 40, 237-239, 1995.
14. BRUMSTED J.R. et al.: *Attempted transcervical occlusion of the fallopian tube with the ND-Y Laser*. Obstet Gynaec., 77, 327-328, 1991.